

IMPACTUL SOCIAL AL BOLILOR VENERICE ÎN CARAȘUL INTERBELIC

*Minodora Damian**

Cuvinte cheie: boli venerice, județul Caraș, perioada interbelică

Keywords: venereal disease, Caraș county, inter-war period

Subzistența și dezolarea socială, ca realități ale spațiului temporal anterior primului conflict armat de factură mondială, au determinat condițiile virulente ce au facilitat apariția mediilor propice dezvoltării bolilor contagioase. Igiena precară și lipsa educației medicale, inoculată lacunar în rândul maselor au condus spre o incidență îngrijorătoare a maladiilor transmisibile, transformându-le în problematici sanitare cu caracter epidemic, de un real impact social în interbelicul cărașan.

În sfera preocupărilor medicale s-au identificat maladiile venerice, unele dintre cele mai răspândite în aria bolilor sociale, precum sifilisul, gonoreea (bleonoragia) și șancrul moale. Printre cele mai dese cauze ale mortalității în interbelicul românesc din mediul urban, regăsim sifilisul, fapt întărit de statisticile vremii ce indicau 271 în 1924 și 245 decese în 1925 din cauza acestui flagel letal.¹

Prin urmare, considerăm interesantă o abordare obiectivă a studierii impactului social produs de fenomenele medicale aferente maladiilor venerice în Carașul interbelic, cercetarea bazându-se pe analiza imparțială a surselor primare, provenite în cele mai multe cazuri din documentele de arhivă extrase din fondurile Serviciului Județean Caraș-Severin al Arhivelor Naționale.

Sifilisul, cea mai virulentă afecțiune din cadrul bolilor venerice, a devenit o perpetuă preocupare a oamenilor de știință din sfera medicală. În acest caz, responsabilitatea contaminării revine, fără echivoc, individului, deoarece îmbolnăvirea se produce doar la contact, germenii flagelului pătrunzând în sânge prin cele mai insignifiante plăgi. Totuși, factorul determinant în diseminarea bacteriei *Treponema Pallidumera* rămâne, fără doar și poate, contactul sexual neprotejat cu persoane deja contaminate.

* Muzeul Banatului Montan Reșița, b-dul Republicii, nr. 10, e-mail: damianminodora@yahoo.com

¹ *Anuarul statistic al României 1926* (București: Tipografia Curții Regale, 1927), 328.

Blenoragia, cea mai veche boală dintre maladiile cu transmitere sexuală, este afecțiunea provocată în urma infecției cu *Neisseria gonorrhoeae*, de aici și denumirea de gonoree. *Neisseria gonorrhoeae*, denumit adesea și gonococ, este o specie de bacterie gram-negativă, cu aspect reniform, asemănătoare boabelor de cafea dispuse una în fața celeilalte, încapsulate, nesporulate și lipsite de mobilitate, care pot crește solitare sau în pereche.

Șancrul moale este o boală cauzată de bacteria gram-negativă numită *Haemofilus ducrey*, caracterizată prin apariția unei papule roșii cu o bază eritematoasă, care evoluează spre o ulceratie dureroasă, aflată la nivelul zonei genitale sau perianale.

Una dintre cauzele dominante ale răspândirii cazurilor de boli venerice a fost creșterea exponențială a fenomenului prostituției clandestine în interbelicul românesc, subiect controversat, sensibil, considerat uneori nociv societății sprijinite pe principii morale.

Având în vedere necesitatea minimizării riscului de contaminare cu boli venerice, s-au schițat primele norme ce reglementau situația igienico-sanitară a practicantelor de moravuri ușoare, prin impunerea efectuării de controale medicale periodice și de aplicare a tratamentului în caz de boală.²

Pe firul narativ al dezavuării fenomenului prostituției, regăsim modernitatea civilizației umane afectată în continuare de flagelul bolilor venerice. Unele cercetări efectuate de diferite cadre medicale au confirmat gravitatea acestor boli, constatându-se faptul că 40% dintre copii născuți cu malformații au avut părinți depistați cu boli venerice.³ Un alt factor determinant în combaterea și prevenirea acestor maladii l-a constituit lipsa acută a unei educații sexuale expusă obiectiv tinerei generații.⁴ Acest fapt a împins autoritățile decizionale să preia inițiativa în luarea unor măsuri de ordin igienic, ce vizau în special prostituatele.

Conform prevederilor din ordinul nr. 248 din 1919, sub îndrumarea Consiliul Director al Resortului Ocrotiri Sociale, iau ființa Ambulatoriile Policlinice, ce au ca principală activitate prevenirea, vindecarea și combaterea bolilor venerice și instituirea unei igiene sociale.⁵

Efectele acestor demersuri își au rezultanta în mediul social, prin conștientizarea populației de necesitatea prezentării la controlul medical încă din faza

² Dominic Stanca, Aurel Voina, "Istoria prostituției și bolile venerice," în *Prostituția. Între cuceritori și plătitori*, Adrian Majuru, ed. (Pitești: Paralela 45, 2007), 74.

³ "Combaterea sifilisului," în *Clujul* II, 5 (Cluj, 3 februarie 1924): 3.

⁴ S. Manuilă, "Educația sexuală," în *Societatea de Mâine* I, 6 (Cluj, 18 mai 1924): 136-137; "Tuberculoza și sifilisul în Banat," în *Românul* XIII, 1 (Oravița, 10 august 1939):3.

⁵ Dominic Stanca, "Campania pentru combaterea sifilisului în județele ardeleni," în *Societatea de Mâine* II, 30 și 31 (Cluj, 26 iulie și 2 august 1925): 508.

incipientă a depistării bolii venerice⁶, prin crearea unor centre medicale orientate expres spre soluționarea diferitelor problematici medicale.

În teritoriile eliberate, cu predilecție în Transilvania, dispensarul sau ambulatoriul policlinic era plasat într-un centru urban, activitatea acestuia fiind în strânsă legătură cu un spital local și cu autoritățile polițienești locale. Instituția avea în dotare și o facilitate de cazare în regim hotelier. În cadrul dispensarului activa o secție specializată în controlul persoanelor ce practicau prostituția, având la dispoziție și un laborator dedicat pentru examinarea probelor microscopice.

Pe lângă personalul propriu-zis, în cadrul ambulatoriului policlinic mai activau și echipe medicale mobile, a căror rază de acțiune era concentrată expres către mediile rurale. Principalele atribuții ale acestora erau tratarea sifilisului la fața locului, examinarea aleatorie a instituțiilor școlare, precum și promovarea metodelor de prevenție a bolilor venerice.⁷

Încadrarea afecțiunilor venerice într-un mediu restrictiv de reglementări legale se impunea cu scopul de a eradica efectele nefaste ale acestui flagel.⁸ În 1930 intră în vigoare Legea Sanitară, ce interzicea casele de toleranță și stabilimentele în care erau desfășurate activități asociate comerțului cu plăceri carnale, permițându-se totuși prostituarea femeilor, condiția de bază fiind deținerea unei fișe medicale eliberate de autoritățile sanitare.⁹ Totuși, persoanele infectate de boli cu transmitere sexuală puteau activa în câmpul muncii, nefiind pasibile de concediere.

Din punct de vedere contravențional au fost sesizate anumite restricții: vânzarea și promovarea materialelor cu tentă pornografică constituia infracțiune ce se pedepsea cu amendă cuprinsă între 5000 și 50000 lei, iar recomandarea fără suport științific a remediilor și a altor mijloace curative va fi considerată o încălcare a legii, fiind pedepsită cu o amendă cuprinsă între 5000 și 50000 de lei.

Tratamentul aferent era realizat exclusiv de către doctori cu studii specifice în domeniul medical, cu drept de liberă practică, putând fi asistați și de personal auxiliar. Prin urmare, toate instituțiile cu profil sanitar aflate în administrarea autorităților locale aveau obligația de a presta acte medicale oferite tuturor pacienților cu boli venerice, inclusiv acelor care nu dețineau o asigurare medicală. Sub aspect informativ, cadrele medicale erau obligate să furnizeze bolnavului

⁶ Aurel Voina, "Campania antisifilitică," în *Societatea de Mâine* III, 35 și 36 (Cluj, 29 august și 5 septembrie 1926): 530.

⁷ "Bolile sociale din România," în *Almanahul medicinei*, I (Medicală Culturală, 1924), 237.

⁸ Matei Cozma, "Sporirea boalelor sociale și cauzele lor," în *Societatea de Mâine* III, 21 și 22 (Cluj, 23 și 30 mai 1926): 400.

⁹ Ioan Scurtu, *Viața cotidiană a românilor în perioada interbelică* (București: Rao, 2001), 257; Ioan Scurtu, Gheorghe Buzatu, *Istoria Românilor în secolul XX* (București: Paideia, 1999), 85.

instrucțiunile referitoare la natura bolii, schema de tratament, modul de diseminare a bolii și anumite aspecte referitoare la penalitățile ce se impuneau în caz de transmitere a flagelului.¹⁰

Bolnavii care nu respectau cu strictețe indicațiile tratamentului oferit de medicul curant, și implicit constituiau un risc pentru persoanele din jurul propriului habitat, erau în mod obligatoriu spitalizate până la vindecarea leziunilor contagioase.¹¹

Totodată, erau considerate infracțiuni orice acțiuni de transmitere conștientă, pe orice cale, a maladiilor venerice, incluzând aici și alăptarea noilor născuți de către femei ce erau conștiente de a fi infectate. Aceste nereguli erau penalizate cu închisoare de la 3 luni la 1 an.¹² Tinerelor sub 16 ani li s-a interzis în mod categoric să-și comercializeze trupul în beneficiul avantajelor bănești.¹³

În completarea prevederilor juridice ce vizau bolile cu răspândire sexuală, în anul 1933 se emite Regulamentul pentru combaterea bolilor venerice. Fiecare individ afectat de aceste maladii era obligat să se supună unui tratament prescris de medicul curant. Acesta avea obligația de a deține un registru unde era consemnat numele pacientului și schema tratamentului pe care îl urma.

În baza acestui registru medical s-a emis pentru fiecare pacient un carnet unde se notau date identice cu cele din registru. Adiacent informațiilor referitoare la impactul maladiei, din punct de vedere medical cât și contravențional, medicul oferea persoanei contaminate un pliant pus la dispoziție de Ministerul Muncii și Sănătății și Ocrotirii Sociale, care cuprindea instrucțiuni ce făceau referire la igiena personală, care trebuiau respectate în vederea combaterii bolilor venerice.¹⁴

Urmare a necesității stringente de combatere a epidemiilor de natură venerică s-au generat anumite măsuri conform reglementărilor Legii Sanitare, precum acordarea de consultații gratuite. De exemplu, în anul 1931 locuitorii

¹⁰ “Legea nr. 236 din 14 iulie 1930, cap. II, Combaterea boalelor venerice, p. 1324–1327,” în Consiliul Legislativ – Colecțiuni de legi și regulamente (ianuarie 1930–31 decembrie 1930) Tomul VIII, partea I-a, B (București, 1931).

¹¹ “Regulamentul nr. 8 din 9 martie 1933, cap. I, Obligativitatea tratamentului, p. 51,” în Consiliul Legislativ – Colecțiuni de legi și regulamente (1 ianuarie 1933–31 decembrie 1933) Tomul XI, partea II-a, A (București, 1933).

¹² “Legea nr. 236 din 14 iulie 1930, cap. II, Combaterea boalelor venerice, p. 1325,” în Consiliul Legislativ – Colecțiuni de legi și regulamente (ianuarie 1930–31 decembrie 1930) Tomul VIII, partea I-a, B (București, 1931).

¹³ Lucian Popescu, *Timișoara interbelică și universul social din România* (București: Cartea Universitară, 2004), 118.

¹⁴ “Regulamentul nr. 8 din 9 martie 1933, cap. I, Obligativitatea tratamentului, p. 50,” în Consiliul Legislativ – Colecțiuni de legi și regulamente (1 ianuarie 1933–31 decembrie 1933) Tomul XI, partea II-a, A (București, 1933).

bolnavi de sifilis din județul Caraș au beneficiat de un număr de 367 de astfel de consultații (gratuite).¹⁵ La nivelul anului 1936 dintr-un total de 17585 de consultații prestate pe raza județului Caraș, 969 erau de sifilis, iar 213 de gonoree.¹⁶

Una dintre cele mai sigure metode profilactice ce asigura protecție împotriva îmbolnăvirii, indicată chiar și în vremurile contemporane nouă, era folosirea în cadrul actului sexual a prezervativului. Una dintre gamele remarcate era OLLA, des regăsită în spoturile publicitare gazetărești cărășene.¹⁷

În sfera prevenției se încadra propaganda antivenerică și educarea populației, ce cuprindea: educația morală, sexuală și antivenerică. Educația morală consta în conștientizarea tineretului relativ la sfera principiilor și valorilor morale ale societății, punându-se accent pe respectarea bunelor maniere, abținerea de la alcool, precum și combaterea agresiunilor sexuale. Educația sexuală trebuia realizată cu mult tact, fiind promovată în special de către medicii școlari, cadrele didactice și de către părinți.

Educația antivenerică avea ca scop informarea populației asupra metodelor de protecție și de combatere a diseminării flagelului maladiilor cu transmitere sexuală prin diferite mijloace media: filme, piese de teatru, broșuri și afișe. În sfera profilaxiei aferente problematicii antivenerice s-au întreprins măsuri ce vizau protejarea femeilor abuzate sexual aflate în câmpul muncii, prin oferirea unor facilități care să le confere un trai decent, diminuându-se astfel tendința acestora de a practica prostituția, ca și sursă de venit alternativ.

Totodată erau combătute și dezaprobatе acțiunile de abordare a tinerilor de către femeile de moravuri ușoare, fiind astfel inițiate activități cu caracter moral-educativ menite să inoculeze buna cuviință în rândul persoanelor juvenile. În localurile cu program nocturn, nu erau admise dansatoare, ce aveau ca scop animarea atmosferei, iar facilitățile de rendez-vous trebuiau evitate cu desăvârșire. Printre altele s-au efectuat și acțiuni de prevenire a infecțiilor extragenitale, precum sterilizarea ustensilelor folosite în locațiile unde au fost depistate persoane cu flageli venerici. În frizerii se solicita dezinfectarea pieptenilor, a lamelor de ras, iar în restaurante întreaga veselă trebuia trecută printr-un intens proces de fierbere.¹⁸

¹⁵ Serviciul Județean al Arhivelor Naționale Caraș-Severin (în continuare SJANCS), *Serviciul Sanitar al Județului Caraș 1926–1950, Raport anual asupra stării de sănătate și de igienă a Jud. Caraș pe anul 1931*, nr. inv. 1466, dosar nr. 1/1931–1932, f.8.

¹⁶ *Ibid.*, *Raport anual asupra stării de sănătate și de igienă a Jud. Caraș pe anul 1935–1936*, nr. inv. 1466, dosar nr. 1/1935–1936, f. 2.

¹⁷ Reclama se află în ziarul *Glăsuț muncitorului român* II, 12 (Reșița, 30 septembrie 1934): 4; 17 (14 noiembrie 1934): 4; 18 (11 noiembrie 1934): 4; III, 1 (Reșița, 6 ianuarie 1935): 4; 5 (Reșița, 3 februarie 1935): 4.

¹⁸ Dr. I. Bozac, “Combaterea boalelor venerice”, în *Svastica Banatului* II, 46 (Timișoara, 11 noiembrie 1928): 3.

În ceea ce privește diseminarea bolilor venerice la minori, răspunderea pentru asigurarea unui tratament cădea în sarcina părinților sau a tutorilor. În situația în care se constata că un minor a fost cauza îmbolnăvirii altei persoane, iar cauzele depistate erau dezinteresul sau neglijența materializată prin lipsa unui tratament adecvat, atunci răspunderea penală era preluată de către părinte sau tutorele acestuia.

La depistarea unei persoane infectate cu maladii venerice de către un medic, acesta avea obligația efectuării investigații medicale, în vederea identificării sursei de contaminare. Prin urmare, pacientului i se solicita informații despre persoanele cu care a intrat în contact, acestea intrând sub incidența datelor confidențiale.¹⁹

În intenția de a oferi un cadru profilactic fenomenului maladiilor venerice, s-au stabilit, pe cale legală, o serie de reguli menite să susțină eforturile tuturor instituțiilor implicate în combaterea afecțiunilor contagioase cu transmitere sexuală: interzicerea consultațiilor medicale prin corespondență, oferirea de către farmaciști a medicamentelor fără prescripție prealabilă, avizată de medicul specialist și interzicerea funcționării caselor de toleranță sau a localurilor unde se practica oferirea plăcerilor trupești în schimbul foloaselor pecuniare.

Atribuțiile aferente acțiunilor de prevenire și vindecarea a bolilor venerice trebuiau duse la îndeplinire de dispensarele veneriene, aflate sub conducerea autorităților sanitare locale, iar aplicarea sancțiunilor în cazul încălcării prevederilor legale era efectuată de către organele de poliție.²⁰ Serviciile prestate bolnavilor tratați cu ajutorul consultațiilor efectuate în cadrul dispensarelor sanitare erau în mod exclusiv gratuite, inclusiv medicația necesară, ce era pusă la dispoziția personalului medical în cantități suficiente.²¹

O altă prevedere importantă în procedura de combatere a bolilor venerice s-a evidențiat a fi crearea unei evidențe concrete asupra tuturor celor atinși de acest flagel. Medicul care examina bolnavul avea obligația de a consemna rezultatul investigațiilor medicale într-o fișă de sănătate asociată fiecărui pacient, iar dacă s-a constatat existența unei afecțiuni contagioase de tip veneric, acesta va

¹⁹ “Regulamentul nr. 8 din 9 martie 1933, cap. III, Delictul de contaminare venerică conștientă și penalitățile sale, p. 53,” în Consiliul Legislativ – Colecțiuni de legi și regulamente (1 ianuarie 1933–31 decembrie 1933) Tomul XI, partea II-a, A (București, 1933).

²⁰ “Regulamentul nr. 8 din 9 martie 1933, cap. VI, Măsuri privind profilaxia și tratamentul boalelor venerice, p. 54–55,” în Consiliul Legislativ – Colecțiuni de legi și regulamente (1 ianuarie 1933–31 decembrie 1933) Tomul XI, partea II-a, A (București, 1933).

²¹ “Regulamentul nr. 8 din 9 martie 1933, cap. I, Obligatorietatea tratamentului, p. 51,” în Consiliul Legislativ – Colecțiuni de legi și regulamente (1 ianuarie 1933–31 decembrie 1933) Tomul XI, partea II-a, A (București, 1933).

comunica o adresă cu un conținut definit expres de către autoritatea sanitară, prin care va îndruma pacientul către instituțiile sanitare de specialitate.²² (vezi Anexa I)

Analiza punctuală a stării referitoare la cauzele și consecințele de factură medicală a acestor boli impune o evaluare a datelor extrase din rapoartele anuale asupra stării de sănătate și igienă a județului Caraș, trimise către Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirii Sociale. Acestea erau redactate de către Serviciul Sanitar județean, coordonat de un medic primar de județ, ce avea în sarcină supravegherea, îndrumarea și controlul activității instituțiilor sanitare din județ.²³

În ceea ce privește sifilisul, din experiența cadrelor medicale interbelice se confirmă faptul că gravitatea acestei boli a fost identificată prin existența malformațiilor la nou născuți, proveniți din părinți depistați cu maladii venerice.²⁴ Lipsa acută a unei educații sexuale, expusă obiectiv tinerei generații, a condus implicit la insuccesul în combaterea și prevenirea acestei afecțiuni medicale.²⁵

În zonele puternic afectate de afecțiunile venerice, activitatea sanitară impunea o acțiune mai amplă a medicului zonal, fiind necesară chiar colaborarea cu autoritățile locale în vederea înființării unui dispensar.²⁶

Actul medical de tratare a sifilisului practicat în mediile sanitare urmărirea o serie de proceduri medicale stricte și concret definite. În primă fază erau efectuate diferite metode în vederea depistării și identificării bolilor venerice. Frecvent utilizată în arealul medical românesc era metoda sero-reacțiunii Wassermann²⁷, însă în alte țări precum Germania, Franța sau Italia era folosită și metoda reacției de conglomerare Müller. Reacția de conglomerare Müller a fost testată la sfârșitul deceniului II din secolul XX, de către prof. dr. C. Tătaru și a dr. Dr. Konradi, pe un eșantion de 1224 cazuri de sifilis, obținându-se astfel premisele unei implementări pozitive în cadrul actului medical dedicat vindecării sifilisului.²⁸

²² “Regulamentul nr. 8 din 9 martie 1933, cap. V, Fișa de sănătate și examenele medicale obligatorii, p. 58,” în Consiliul Legislativ – Colecțiuni de legi și regulamente (1 ianuarie 1933–31 decembrie 1933) Tomul XI, partea II-a, A (București, 1933).

²³ SJANCS, *Serviciul Sanitar al Județului Caraș 1926–1950, Raport anual asupra stărei de sănătate și de igienă a Jud. Caraș între anii 1934–1935 și 1938–1939*, nr. inv. 1466, dosar nr. 2/1934–1939, f. 9; “Legea nr. 236 din 14 iulie 1930, cap. II, Serviciul sanitar și de ocrotire județean, p. 1275–1276,” (București, 1931).

²⁴ “Combaterea sifilisului,” în *Clujul* II, 5 (Cluj, 3 februarie 1924): 3.

²⁵ S. Manuilă, “Educația sexuală,” în *Societatea de Mâine* I, 6 (Cluj, 18 mai 1924): 136–137; “Tuberculoza și sifilisul în Banat,” în *Românul* XIII, 1 (Oravița, 10 august 1939): 3.

²⁶ Dr. N. Antonescu, “Apostolatul medicului sanitar,” în *Roata* II, 6 (Oravița, 10 februarie 1929): 3.

²⁷ SJANCS, *Spitalul C.A.S. Caransebeș*, nr. inv. 74, dosar nr. 9/1928, f. 2.

²⁸ Dr. Leon Herman, “O nouă reacție pentru diagnosticul sifilisului. Reacția de conglomerare

Procedura de tratament standard, aplicată în mediile sanitare interbelice românești, începea cu injecții cu mercur solubil, spre a evita reacțiile spirilare violente, în cauză reacția Herxheimer, continuându-se apoi cu administrarea Neosalvarsan-ului.

Tratamentul propriu-zis, estimat între 2 și 3 ani în faza seropozitivă a perioadei primare, era realizat etapizat în mai multe cure, a doua cură realizându-se după un repaus de cel puțin 4–5 săptămâni. În primul an, între celelalte etape de tratament au existat perioade mai lungi de repaus, acesta fiind reluat doar după un interval cuprins între 6 și 10 săptămâni. În al doilea an, pauzele dintre cure erau mult mai lungi, durata acestora ajungând chiar și la 3 luni. În ultimul an, eventualele cure puteau fi realizate conform planificării din anul precedent sau puteau fi atenuate, totul realizându-se în funcție de rezultatele reacției Wasserman.

În cazul în care rezultatele reacției Wasserman, devenite negative după prima sau a doua cură, se mențineau constante, puncția lombară se prezenta în parametrii optimi, iar localizarea viscerală a sifilisului nu era sesizată, atunci la finalul celui de al doilea an sau eventual în al treilea an, tratamentul era declarat suspendat. După acest timp pacientul trebuia pus sub observație clinică și serologică încă 3–4 ani, fiindu-i efectuată seroreacția Wasserman, la început de două ori pe an, iar apoi doar o dată pe an. După finalizarea tratamentului, dacă seroreacția Wasserman persista în valori negative timp de doi ani, atunci pacientul putea fi declarat vindecat.

În fazele mai înaintate ale bolii, în cursul perioadei de latență post-secundară, tratamentul poate dura cel puțin 3 ani, iar perioada de supraveghere a pacientului poate oscila între 10 și 15 ani.

În faza terțiară a maladiei, mai ales în cadrul sifilisului nervos, durata tratamentului se putea întinde pe o perioadă nedefinită, în funcție de limita de toleranță a organismului. În această fază, pacientul era declarat vindecat doar atunci când seroreacția și examinarea lichidului cefalorahidian indicau faptul că leziunile au fost estompate definitiv din evoluția lor. Conținutul tratamentului includea injecții cu produse piretogene, și mai ales preparate medicamentoase din iod.

Un alt tip de sifilis, des întâlnit, era cel congenital. Tratamentul este asemănător cu cel administrat adulților, diferența doar doza, ce era proporțională cu greutatea corporală. La nou-născut tratamentul debutează cu fracțiuni mercuriale de un gram, iar la copii de câteva luni dozajul va fi de două grame. Fracțiunile se vor realiza ciclic cu durata de 4 zile, având între ele o zi de repaus, iar doza maximă admisă va fi de 1,5 centigrame pe kilocorp. Numărul fracțiunilor vor

a lui Müller (M.B.R. II),” în *Mișcarea medicală română* IV, 7–8 (Craiova, iulie-august 1931): 459.

oscila între 16 și 24, iar după primele 6 fracțiuni tratamentul arsenical începea cu Neosalvarsan administrat intravenos sau cu Myosalvarsan, injectat intramuscular. La debut se administrau injecțiile în cantitate echivalentă cu o șesime din dozaj, aceasta crescând progresiv cu aceeași cantitate, ajungându-se la doză întreagă de abia după cea de a-VI-a injecție. Copii cu vârste mai mari, puteau fi tratați chiar cu soluții injectabile pe bază de mercur sau bismut.²⁹

Printre cele mai folosite tratamente aplicate în vindecarea sifilisului, erau injecțiile cu arsenic sau mercur.³⁰ Pentru cazurile punctuale se utiliza Spirocidul, tratament cu arsenic aplicat doar pacienților cu vene subțiri, în special la femei și copii, precum și Casbisul, tratament cu bismut aplicat prin injecții intramusculare.³¹ Medicamente precum Uclarsyl, Sintarsan, Novarsenobensol, Sulfarsenol, Mecol³², Acetylarsan (produs francez, fabricat de Poulenc Frères et Uzines du Rhône)³³, Bismuthion (produs de Laboratoarele Ch. Couturieux)³⁴, Senobenzol (injectabil intravenos)³⁵, Neo-Cardyl (injectabil pe bază de bismut)³⁶, Salyrgan³⁷, Solmuth (tratament cu Bismut cu aplicare cutanată) și Treparsol (medicament bazat pe arsenic administrat pe cale bucală)³⁸, erau folosite frecvent în tratamentul sifilisului.

Pe de altă parte, s-au identificat și alte remedii eficiente, cum ar fi soluțiile și alifiile în a căror componență se regăseau sublimatul hydrargyrumoxycyanatum (cianura de mercur), chininul și calomelul. Dintre acestea s-au remarcat: alifia dezinfectantă Neisser-Siebert (hydrargyrumbichloratum 0,3 g; natriichloratii 1,0 g; tragacanth 2,0 g; amyl 4,0 g; gelatină 0,7 g; alcool 25,0 g) și unguentul hydrargyrum oxycyanatum 0,06 g; lanolină pură 15,0 g. Se mai recomandau și alte două rețete de unguente, prima având în componență calomel, lanolină și vaselină, iar a doua conținea hydrargyrum oxycyanatum 0,06 g și lanolină pură de 15 g.³⁹

²⁹ Dr. I. Bozac, "Combaterea boalelor venerice", 3.

³⁰ SJANCS, *Serviciul Sanitar al Județului Caraș 1926-1950, Raport anual asupra stărei de sănătate și de igienă a Jud. Caraș pe anul 1935-1936*, nr. inv. 1466, dosar nr. 1/1935-1936, f. 2.

³¹ Reclama se află în ziarul *Mișcarea medicală română* III, 3 (Craiova, martie 1932): 107.

³² SJANCS, *Spitalul C.A.S. Caransebeș*, nr. inv. 74, dosar nr. 90/1940, f. 211.

³³ Dr. Gogu Constantinescu, "Tratamentul Syfilisului cu Acetylarsan", în *Mișcarea medicală română* V, 5-6 (Craiova, mai-iunie 1932): 357.

³⁴ Reclama se află în ziarul *Mișcarea medicală română* V, 5-6 (Craiova, mai-iunie 1932): 353.

³⁵ Reclama se află în ziarul *Mișcarea medicală română* VII, 1-2 (Craiova, ianuarie-februarie 1934): 1.

³⁶ Reclama se află în ziarul *Mișcarea medicală română* VII, 11-12 (Craiova, noiembrie-decembrie 1934): 1.

³⁷ Reclama se află în ziarul *Mișcarea medicală română* III, 6-7 (Craiova, iunie-iulie 1930): 177.

³⁸ Reclama se află în ziarul *Mișcarea medicală română* IV, 1-2 (Craiova, ianuarie-februarie 1931): 33.

³⁹ Dr. I. Bozac, "Combaterea boalelor venerice", 3.

Pe lângă procedurile standard s-au întâlnit și tratamente empirice ce s-au folosit cu preponderență în mediile rurale, prin aplicarea pe rană a cuprului sulfuric, iar corpul bolnavului se afuma cu fumul unor rădăcini.⁴⁰

O altă acțiune importantă în cadrul procedurilor medicale aferente sifilisului era cea de suprimare a focarului în care era utilizat Salvarsanul⁴¹, în mod special Neosalvarsanul.

Pentru analizarea din punct de vedere medical a blenoragiei, este indicat a fi luate în calcul aspectele referitoare la gravitatea, simptomatologia și tratamentul afecțiunii. Predispuși la infectarea cu flagelul gonococ erau în special bărbații, care prin contact sexual puteau transmite boala și la pacienți de gen feminin.

Înainte de a cunoaște metodele de tratament era recomandată publicului larg informarea cu privire la acțiunile profilactice, deseori mai utile, per ansamblu, în combaterea și răspândirea gonoreei. Persoanele de gen feminin ce erau depistate, trebuiau să-și întrerupă activitatea sexuală înainte și după menstruație. În afara acestei perioade, actul sexual trebuia efectuat prudent și de scurtă durată, astfel încât să se evite infectarea uretrei. Era indicat urinarea după fiecare raport sexual, atât la femei cât și la bărbați. În special la femei, înaintea actului sexual trebuia efectuată ungerea orificiului uretral cu vaselină sterilă sau antiseptică. Era recomandată spălarea cu săpun sau cu o soluție de sublimat de 1/2000 a întregii regiuni genitale, imediat după consumarea actului sexual, și nu în ultimul rând folosirea corectă a prezervatului. De asemenea, instilațiile în meatul uretral cu soluții antiseptice precum: protargol 10–20%; albargină 10%, argyrol 25%, trebuiau efectuate cu precădere în primele momente după actul sexual.⁴²

Tratarea necorespunzătoare a bolii conducea uneori la complicații, ducând chiar și la septicemie. Simptomatologia se manifestă la început prin dureri de intensitate redusă la nivelul organelor genitale, avansând după 3–9 zile spre scurgeri vaginale sero-purulente, la femei sau la urinări frecvente, dese ori hemoragice, la bărbați. Tratamentul sculamentului, denumire populară a blenoragiei, se efectua prin curățarea cavității vaginale și a vezicii urinare cu felurite soluții: Sublimat, cu o concentrației de 1 gram la un litru de apă, Protargol sol. 10% o linguriță la jumătate de litru, Permanganat de sodiu soluție 20%. Adiacent tratamentului trebuia respectat un regim alimentar bogat în lapte și derivate din lapte, lichide, precum ceaiuri și supe

⁴⁰ SJANCS, *Spitalul C.A.S. Caransebeș*, nr. inv. 74, dosar nr. 9/1928, f. 2.

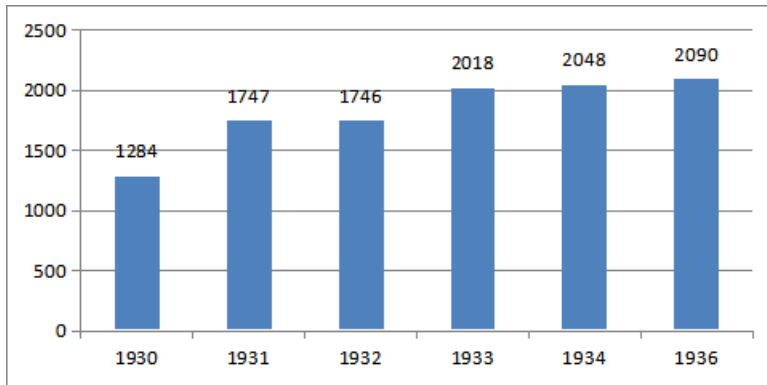
⁴¹ Ibid.

⁴² Dr. Gh. Marinescu, "Ce trebuie să știe publicul asupra blenoragiei", în *Almanahul medicinei*, I (Medicală Culturală, 1924), 269.

de legume. De asemenea, era recomandată evitarea preparatelor culinare sărate și condimentate.⁴³

Referitor la șancrul moale, simptomatologia este asemănătoare cu cea a sifilisului, cu deosebirea că leziunile provocate sunt mult mai dureroase. Infectarea se produce la nivelul organelor genitale externe, manifestându-se prin leziuni adânci ale țesuturilor epidermei. Tratarea superficială conducea la tumefierea ganglionilor inghinali care devin purulenți în timp.⁴⁴ În procesul de tratare era recomandat a se folosi vaccinul stabilizant DMELCOS, în compoziția căruia se regăseau bacili Ducrey, formați din 225 milioane de corpi microbieni pe centimetru cub. Modul de administrare se efectua intravenos, prin doze progresive, cu repaus de 2 sau 3 zile între fiecare injecție.⁴⁵

Analiza obiectivă a fenomenului aferent bolilor venerice, restrânsă expres la județul Caraș, conduce implicit în spre o evaluare în primul rând a datelor ce definesc graficul incidenței cazurilor în regiunea Banat. Periplusul cronologic al cercetării debutează cu anul 1931.



Statistică cu bolnavi de sifilis în Banat între anii 1930–1934 și 1936⁴⁶

În anul 1931 se sesizează cea mai accentuată creștere față de anul precedent, diferența procentuală ridicându-se la valoarea 36%, iar cea mai afectată categorie de vârstă era cea între 15–30 ani, unde se înregistrează aproximativ jumătate din numărul de bolnavi. Din extrasele asociate documentelor sanitare interbelice, se constată în Banat o tendință de creștere constantă, ușor atenuată

⁴³ Dr. Gheorghe Ciorman, *Calendarul Voința Banatului* (Timișoara: Institutul de Arte Grafice Tipografia Românească, 1935), 119.

⁴⁴ *Ibid.*, 120.

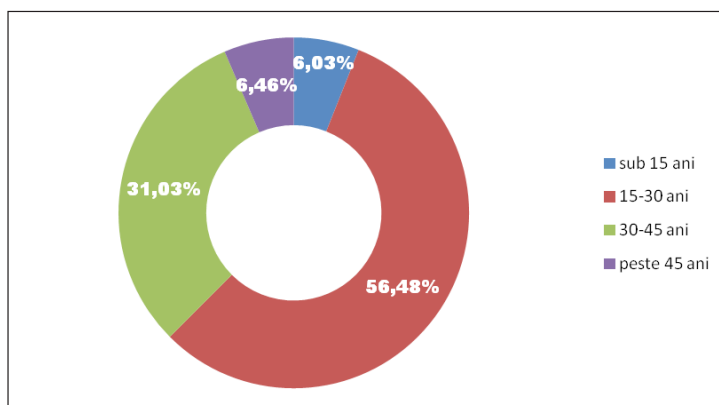
⁴⁵ Reclama se află în ziarul *Mișcarea medicală română* VIII, 3–4 (Craiova, martie-aprilie 1935): 298.

⁴⁶ *Anuarul statistic al României 1934* (București: Tipografia Curții Regale, 1935), 440; *Anuarul statistic al României 1937 și 1938* (București: Tipografia Curții Regale, 1939), 137.

între anii 1931–1932, a cazurilor de sifilis. Tendința graficului se păstrează ascendentă și pentru următorii ani, rata de creștere fiind totuși inferioară față de saltul numeric dintre anii 1930–1931.

Totodată, fenomenul aferent bolilor venerice în județul Caraș implică o abordare concretă asupra datelor clasificate pe diferite categorii precum genul, etatea și mediul social de proveniență.

Conform datelor extrase din rapoartele anuale asupra stării de sănătate și igienă a județului Caraș, destinate Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirii Sociale, la capitolul *Boli Sociale* balanța celor atinși de bolile cu transmitere sexuală a înclinat înspre partea masculină: spre exemplu în statistica din 1931 s-au regăsit un număr de 363 bărbați și 269 femei depistați în anul anterior, la care se adaugă încă 144 bărbați și 88 femei, din anul curent, dintre care s-au vindecat 138 de bărbați și 64 femei. La capitolul decese s-au identificat doar 3 înregistrări: 1 bărbat și 2 femei.⁴⁷



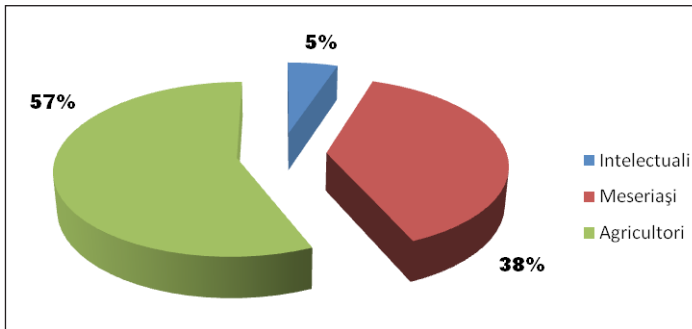
Statistică pe criteriu de vârstă a celor infectați cu boli venerice din județul Caraș în 1931

Conform criteriului categoriei de vârstă, în anul 1931 6,03% dintre bolnavii de boli venerice aveau vârsta sub 15 ani, 56,48% se regăseau în eșantionul cuprins între 15–30 de ani, 31,03% se încadrau între 30 și 45 de ani, iar peste 45 de ani reprezentau doar 6,46%.⁴⁸

Unul dintre itemii importanți în definirea obiectivă a impactului social aferent maladiilor venerice îl constituie tipul de activitate prestat de către cei bolnavi.

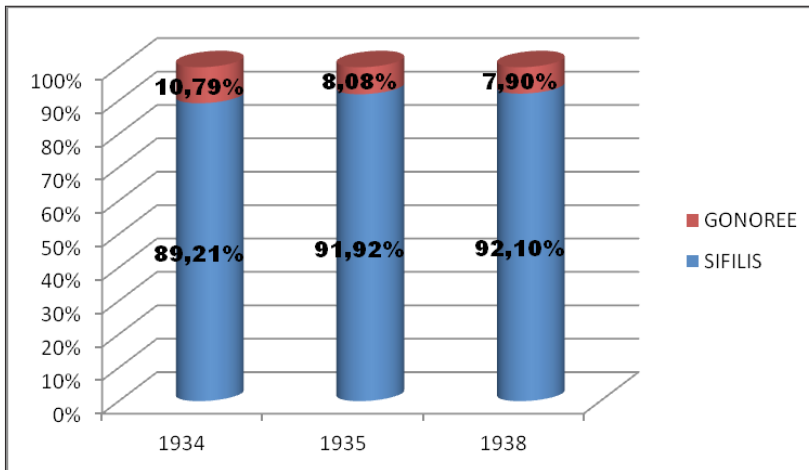
⁴⁷ SJANCS, *Serviciul Sanitar al Județului Caraș 1926–1950, Raport anual asupra stărei de sănătate și de igienă a Jud. Caraș pe anul 1931*, nr. inv. 1466, dosar nr. 1/1931–1932, f.8.

⁴⁸ Ibid., *Raport anual asupra stărei de sănătate și de igienă a Jud. Caraș pe anul 1931*, nr. inv. 1466, dosar nr. 1/1931–1932, f. 8.



Statistică după criteriile sociale a locuitorilor infectați cu boli venerice din județul Caraș în 1931

Din punct de vedere al profesiilor, majoritatea proveneau din rândul agricultorilor, exprimat printr-un procent de 57%, urmași de meseriași ce reprezentau 38%, iar 5% provin din rândul intelectualilor⁴⁹, ceea ce implică faptul că unul dintre factorii ce conduceau la dobândirea bolii era lipsa informării și a cunoștințelor aferente educației sexuale, precum și relațiile sexuale produse între minorii de 13–15 ani.⁵⁰



Statistică cu bolnavi de gonoree și sifilis în Caraș

Datele din 1934 se prezentau astfel: dintr-un total de 1057 de cazuri asociate bolilor venerice, dintre care 114 cazuri de gonoree și 943 de sifilis, pentru acestea existând informații suplimentare, respectiv 78 de vindecări și 12

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Ibid, *Raport anual 1934*, nr. inv. 1466, dosar nr. 2/1934–1939, f.12.

decese.⁵¹ În următorul an s-au mai identificat încă 351 de cazuri noi de sifilis și 96 de gonoree.⁵² Prin urmare la nivelul anului 1935 erau înscriși un număr de 624 bolnavi de sifilis, dintre care 365 de pacienți au fost declarați vindecați. În cadrul fluxului de tratament aplicat combaterii acestui flagel, au fost efectuate 2063 de injecții cu arsenic și 462 de injecții cu mercur⁵³, iar cadrele medicale au prestat gratuit un număr de 969 consultații de sifilis.⁵⁴ Spre finalul perioadei interbelice, mai exact în anul 1938, celor 881 de cazuri de sifilis li s-au mai adăugat alte 332, înregistrându-se 178 de vindecări și 23 decese.⁵⁵ În ceea ce privește blenoragia, au existat 104 cazuri, dintre care 90 au fost rezolvate cu succes, neseizându-se nici un deced.⁵⁶

Un factor definitoriu pentru un sistem medical eficient îl constituie infrastructura sanitară. La nivelul anului 1928 în județul Caraș existau un număr de 4 spitale, două construite și administrate din fonduri Private, iar alte două aparținând Ministerului Muncii.⁵⁷

Infrastructura sanitară s-a îmbogățit o dată cu inaugurarea în toamna anului 1937 a spitalului județean de la Oravița, proiect aprobat de ministrul I. C. Constantinescu.⁵⁸ Conform releveelor întocmite în 1934, ce au stat la baza construcției, în locația spitalului se afla un pavilion dedicat bolilor venerice. Clădirea era înaltă de aproximativ 13 metri, fiind prevăzută cu subsol, parter, etaj și pod (vezi Anexa II). Intrarea principală era la parter, iar fluxul de pacienți în cadrul instituției era separat în funcție de gen, în partea estică era repartizată partea feminină, iar în vest era partea masculină. Prin urmare, amenajarea interioară a spațiilor a fost realizată simetric, la parter pe fiecare parte fiind dispusă o sală de așteptare, o încăpere pentru consultații, o cameră de pansare, o încăpere pentru infirmiere, camera medicului, o baie cu closet și nu în ultimul rând câte un salon cu 8 paturi fiecare. Tot în partea vestică mai era amplasat și un laborator. La etaj se păstrează aceeași compartimentare simetrică, pe fiecare parte fiind amplasate o cameră pentru infirmiere, o baie, o încăpere pentru izolare, 2 saloane cu 4 paturi și un salon cu 8 paturi, iar central se afla camera medicului și o farmacie. La subsol se aflau 2 depozite, o pivniță și 3 încăperi pentru personalul auxiliar.⁵⁹

⁵¹ Ibid, *Raport anual 1934*, nr. inv. 1466, dosar nr. 2/1934–1939, f.16.

⁵² Ibid, *Raport anual 1935*, nr. inv. 1466, dosar nr. 2/1934–1939, f. 26–27

⁵³ Ibid, dosar nr. 1/1935–1936, f. 2.

⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ Ibid, *Raport anual 1939*, nr. inv. 1466, dosar nr. 2/1934–1939, f.47.

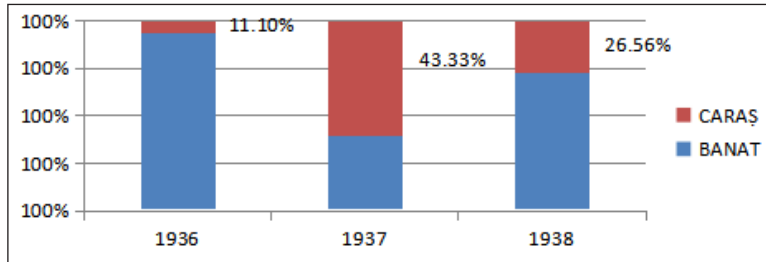
⁵⁶ Ibid, f.49.

⁵⁷ *Anuarul statistic al României 1928* (București: Tipografia Curții Regale, 1929), 470.

⁵⁸ Ionel Bota, *Medicină și societate în Banatul Montan.Oravița și Valea Carașului în perioada 1700 –1950* (Reșița: Editura TIM, 2006), 13.

⁵⁹ SJANCS, *Serviciul Sanitar al Județului Caraș 1926–1950, Planurile pavilionului de boli venerice din cadrul Spitalului din Oravița*, nr. inv. 1466, dosar nr. 6/1934, f. 2–5.

Cu scopul de a conchide analiza impactului sanitar produs de răspândirea bolilor venerice în comunitățile locale, era necesară o analiză atentă a situației asociate diseminării cazurilor din Caraș raportat la numărul total de cazuri din Banat. Dintre județele interbelice ale Banatului, Carașul a fost cel care a înregistrat cel mai scăzut număr de infectări cu sifilis, reprezentative fiind datele aferente anului 1936, când s-au sesizat doar 252 de cazuri, ceea ce reprezintă doar 11,1% din totalul de cazuri pe Banat.⁶⁰



Statistică cu bolnavii de sifilis între anii 1936 și 1938⁶¹

Analizând comparativ datele privitoare la numărul bolnavilor cu maladii venerice, între Banat și Caraș se constată o evoluție oscilantă a rezultatelor. Dacă în Banat valorile pornesc de la 2090 cazuri de sifilis în anul 1936, acestea scad la 1205 în anul 1938, trecând printr-o valoare intermediară de 900 în anul 1937. În Caraș situația se prezintă asimetric în comparație cu numărul de îmbolnăviri din Banat. În anul 1936 procentul cazurilor din Caraș, raportat la cel din Banat, era 11,10%, în anul 1937 acesta crește la 43,33%, ca mai apoi în anul 1938 acesta să descrească la valoarea de 26,56%.

În ceea ce privește celelalte boli venerice, precum gonoreea și șancrul moale, valorile procentuale aferente cazurilor de îmbolnăvire la nivelul județului Caraș, în comparație cu valorile din întregul Banat, diferă în funcție de fiecare boală în parte. Astfel, în cazul infectărilor cu blenoragie la nivelul anului 1937 în Banat, din totalul de 298 de bolnavi 31,54% au fost depistați în Caraș, iar pentru șancrul moale din totalul de 11 îmbolnăviri 63,63% erau în Caraș.⁶² Un an mai târziu au fost sesizate situații total diferite, dacă pentru gonoree valorile oscilează semnificativ, la șancru moale tendința se menține constantă. Prin urmare, la gonoree procentul celor infectați în Caraș raportat la Banat era de 8,49%. Acest fapt s-a datorat numărului mare de cazuri din Banat, respectiv 930

⁶⁰ *Anuarul statistic al României 1937 și 1938* (București: Tipografia Curții Regale, 1939), 137.

⁶¹ *Ibid.*, 137, 147; *Anuarul statistic al României 1939 și 1940* (București: Tipografia Curții Regale, 1940), 205.

⁶² *Anuarul statistic al României 1937 și 1938* (București: Tipografia Curții Regale, 1939), 147.

de îmbolnăviri, cu mult mai mult decât în anul precedent. În schimb procentul aferent șancrului moale se menține aproximativ la fel, din totalul de 13 cazuri, 53,85% erau depistate în Caraș.⁶³

Principalele problematici ce necesitau combătute de sistemul sanitar interbelic, au interferat deseori cu fenomenele asociate maladiilor venerice. Estomparea diseminării, îmbunătățirea metodelor de tratament, optimizarea propagandei antivenerice prin educarea populației au reprezentat aspecte cotidiene la care cadrele medicale au încercat să le găsească soluții sustenabile în timp. Insuficiența instituțiilor sanitare, insalubritatea încă persistentă în anumite areale sociale și lipsa unei educații sanitare impregnate în subconștientul populației au constituit principalii factori ce au contribuit la insuccesul în lupta pentru eradicarea acestor afecțiunii letale. Element esențial în angrenajul unei civilizații solide, sănătatea a necesitat anumite eforturi financiare orientate în special spre zona de infrastructură și de încadrare a resurselor umane, cu predilecție în mediul rural.

SOCIAL IMPACT OF VENEREAL DISEASES IN THE INTER-WAR TIMES IN CARAȘ

Abstract

For being a fundamental element within a solid society, health needed certain financial efforts in infrastructure and human resources, especially for the rural environment. Precarious hygiene and lack of medical education led to an alarming incidence of contagious maladies up to become sanitary epidemic problems with a strong social impact in the inter-war times in Caraș.

Some of pre World War I realities, as subsistence and social dismay made a virulent frame that facilitated the genesis of favorable milieus to develop contagious maladies. Venereal maladies, as syphilis, gonorrhoea, and chancroid were identified through medical research as ones of the main prevalent social maladies.

The phenomenon of venereal maladies was one of the main objectives of the sanitary system in inter-war times that had to face to still persistent insalubrity in certain social strata and to lack of prophylactic information; they were the main troubles in fighting against those lethal diseases.

The main problems the sanitary system had to control were frequently relating to phenomena generated by venereal maladies. Reducing of dissemination, improving of treatment, and optimizing the anti-venereal propaganda through means of education were the daily aspects in medical work for sustainable solutions.

⁶³ *Anuarul statistic al României 1939 și 1940* (București: Tipografia Curții Regale, 1940), 205.

ANEXA I

Fișă de sănătate⁶⁴

Domnule medic-șef,

Am onoarea a va face cunoscut că d, de profesie, domiciliat în, stradaNr., urmează a fi supravegheat (ă) și tratat (ă) în conformitate cu art. 7 din regulamentul pentru combaterea boalelor venerice, întrucât din cauza profesiei și a condițiilor de viață, constituie un risc de propagare a boalei.

Numele medicului, strada, nr., etajul.....

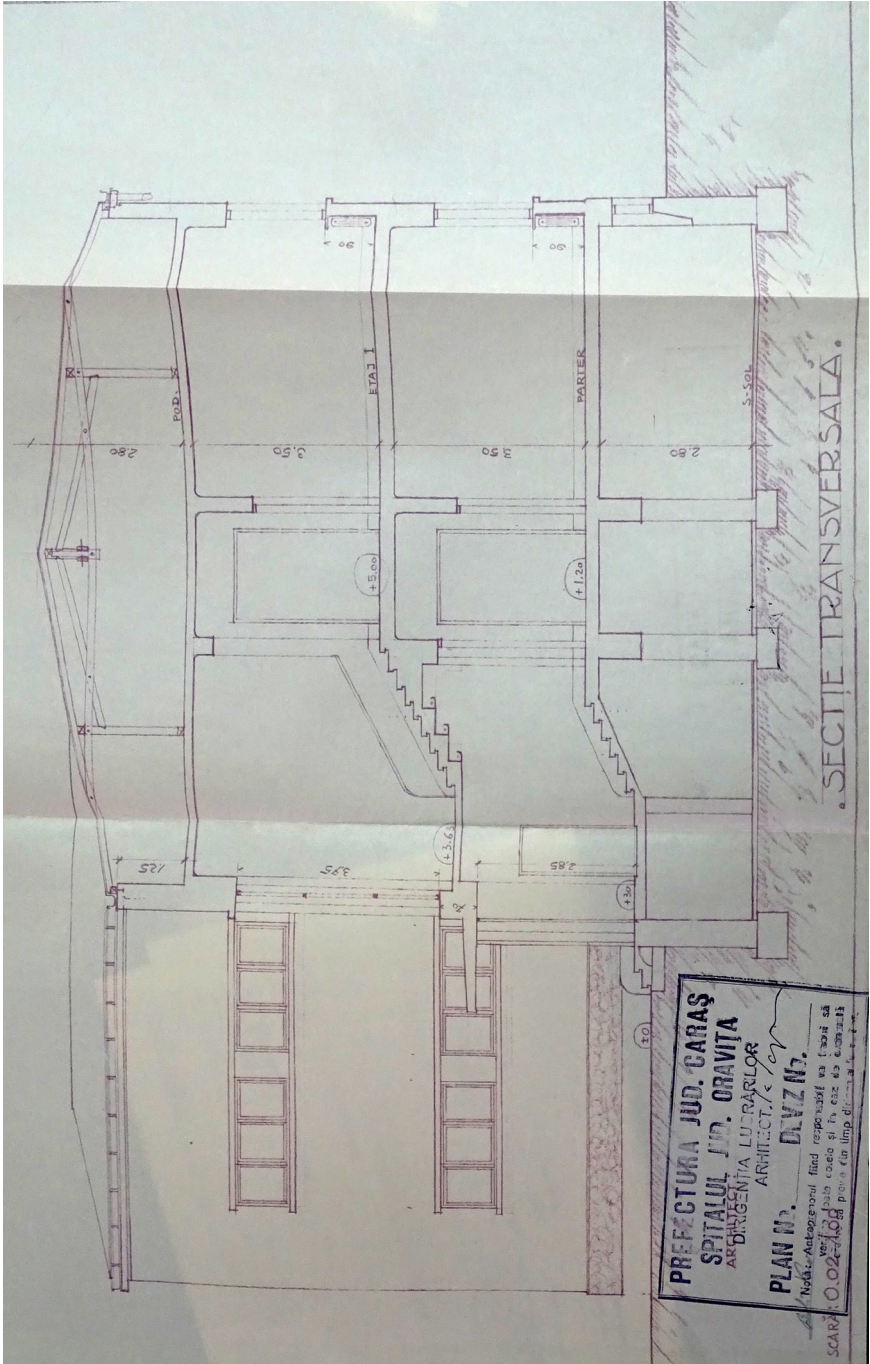
Data: ziua, luna, anul

Semnătura,

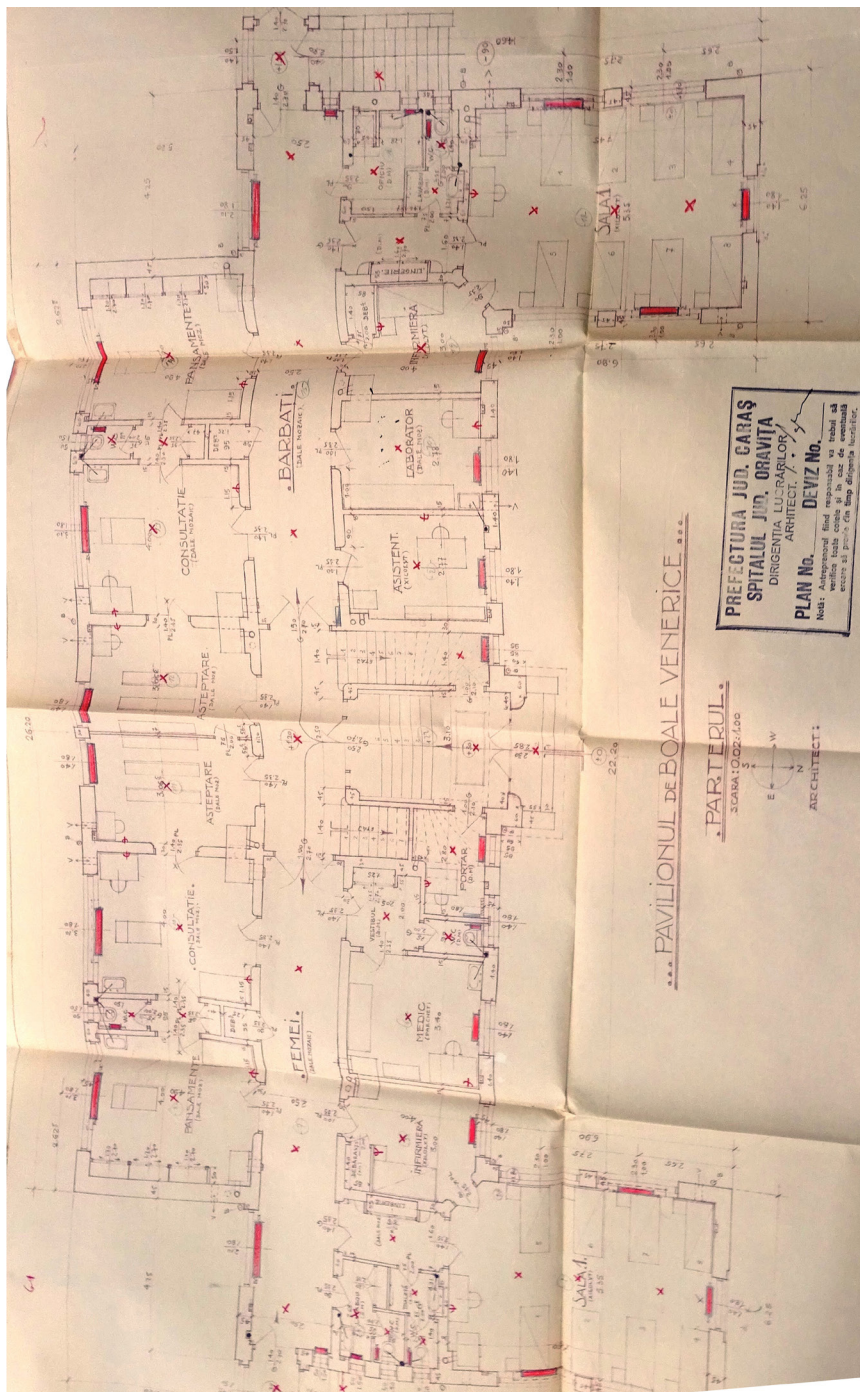
⁶⁴ “Regulamentul nr. 8 din 9 martie 1933, cap. VI, Penalități, p. 61,” în Consiliul Legislativ – Colecțiuni de legi și regulamente (1 ianuarie 1933–31 decembrie 1933) Tomul XI, partea II-a, A (București, 1933).

ANEXA II.1

Secțiune transversală a Pavilionului de boli venerice a Spitalului Județean Oravița



ANEXA II.2
Plan al parterului Pavilionului de boli venerice a Spitalului Județean Oravița



ANEXA II.3

Plan al etajului I Pavilionului de boli venerice a Spitalului Județean Oravița

